|  |
| --- |
| **แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินผลงาน****ของ****นางสาวสุขใจ ใจดีมาก****ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ****ตำแหน่งเลขที่ 12345 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม กลุ่มการพยาบาล****โรงพยาบาลตราด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด****สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข****ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง****ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)****ตำแหน่งเลขที่ 12345 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม กลุ่มการพยาบาล****โรงพยาบาลตราด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด****สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** |
| **สารบัญ** หัวข้อ เลขหน้า  ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล  1. ชื่อ  2. ตำแหน่งปัจจุบัน  3. ตำแหน่งที่ขอประเมิน  4. ประวัติส่วนตัว  5. ประวัติการศึกษา  6. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ  7. ประวัติการรับราชการ  8. ประวัติการฝึกอบรมและดูงาน  9. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน  10. หน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งปัจจุบัน  11. หน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง  สรุปผลการตรวจคุณสมบัติของบุคคล  ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน  1. ชื่อเรื่อง 2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ  3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญ และ  ประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน  4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน  5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/ คุณภาพ)  6. การนำไปใช้ประโยชน์/ ผลกระทบ  7. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ  8. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ  9. ข้อเสนอแนะ  10. การเผยแพร่ผลงาน 11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน  เอกสารอ้างอิง/บรรณานุกรม (ใช้คำใดคำหนึ่ง) |
| **สารบัญ (ต่อ)**  หัวข้อ เลขหน้า ภาคผนวก  สำเนา ก.พ. 7 (ให้เจ้าหน้าที่ทรัพยากรบุคคลเซ็นรับรองทุกหน้า)  สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ  สำเนาวุฒิการศึกษา  สำเนาประกาศคัดเลือก  หนังสือรับรองการปฏิบัติงาน กรณีไม่ตรงสายงาน (ฉบับจริง) แบบตรวจสอบเอกสารแบบประเมินผลงาน หมายเหตุ : ภาคผนวกสามารถใส่เอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมได้ **,** เรียงเอกสารในเล่มให้ตรงกับสารบัญ |

**แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินผลงาน**

**(ระดับชำนาญการ)**

|  |
| --- |
| **ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล** |
| 1. ชื่อ นางสาวสุขใจ ใจดีมาก2. ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ  ตำแหน่งเลขที่ 12345 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลตราด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข3. ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ 12345 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลตราด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข4. ประวัติส่วนตัว เกิดวันที่ 15 เดือน มกราคม พ.ศ. 2530 อายุ 35 ปี 4 เดือน อายุราชการ 10 ปี 7 เดือน ปีเกษียณ พ.ศ. 25905. ประวัติการศึกษา  |
| คุณวุฒิและวิชาเอก(ชื่อปริญญา) | ปีที่สำเร็จการศึกษา | สถาบัน |
| - พยาบาลศาสตรบัณฑิต- (ถ้าจบวิสัญญี ให้ระบุ)- ……………………………………………- …………………………………………… | 2554………………………………………………..………………………………………………..……………………………………………….. | มหาวิทยาลัยบูรพา………………………………….……………………………………….………………………………….………… |
| 6.ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ  ชื่อใบอนุญาต ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เลขที่ใบอนุญาต 1122334455 วันออกใบอนุญาต 24 ธันวาคม 2565 วันหมดอายุ 23 ธันวาคม 2570 (พร้อมแนบสำเนา)7.ประวัติการรับราชการ  |
| วัน เดือน ปี | ตำแหน่ง | อัตราเงินเดือน | สังกัด |
| 3 พ.ค. 25543 มิ.ย. 2560ใส่เฉพาะที่ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น หรือมีการเปลี่ยนแปลงสังกัดดังนั้น เล่มประเมินบุคคลและผลงานจะมีจำนวนเท่ากัน | พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | xx,xxxxx,xxx | กลุ่มงานการพยาบาลอายุรกรรม กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลตราด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด |

|  |
| --- |
| **ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)** |
| **8. ประวัติการฝึกอบรมและดูงาน** |
| ปี | ระยะเวลา |  | หลักสูตร |  | สถาบัน/หน่วยงานที่จัดอบรม |
| 25582558 | 18 พฤศจิกายน 2558 – 19 พฤศจิกายน 2558(2 วัน)20 ธันวาคม 2558 – 25 ธันวาคม 2558(6 วัน) |  | \*\*\*\*\*\*\*\* |  | \*\*\*\*\*\*\*\* |
| **9. ประสบการณ์ในการ**  ใส่จำนวนปีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการประเมิน(อาจจะ)เพิ่มประสบการณ์แต่ละระดับ เช่น หน่วยงาน จังหวัด ประเทศ...................................................................................................... …………………………………………………………………………………………………………..……………………… …………………………………………………………………………………………………………………………….…….. ………………………………………………………………………………………………………….……………………….. …………………………………………………………………………………………………………..………………………**10. หน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งปัจจุบัน** **ปัจจุบัน**ปฏิบัติหน้าที่อะไร หน่วยงานไหน ตามหน้าที่ปฏิบัติงานจริง เช่น หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าหน่วยงาน มีหน้าที่รับผิดชอบ ด้านบริหาร ด้านบริการ ด้านวิชาการอะไรบ้าง กรณีที่ปฏิบัติไม่ตรงตำแหน่งที่ขอประเมิน ขอให้มีเอกสารรับรอง/คำสั่ง ………………………………………………………………………………………………………….……………………….. …………………………………………………………………………………………………………..……………………… …………………………………………………………………………………………………………………………….…….. ………………………………………………………………………………………………………….……………………….. …………………………………………………………………………………………………………..………………………**11. หน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง**  เขียนตามหน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง (ตามที่ก.พ.กำหนด) สายงานพยาบาลวิชาชีพงาน…………………………….…………………………………………………………………………………..…………………… …………………………………………………………………………………………………………..………………………..… |

|  |
| --- |
| **ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)**  |
| **สรุปผลการตรวจคุณสมบัติของบุคคล**  **1. วุฒิการศึกษา** ( ) ตรงตามคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่ง  ( ) ไม่ตรง แต่ ก.พ. ยกเว้นตามมาตรา 62 **2. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (ถ้ากำหนดไว้)** ( ) ตรงตามที่กำหนด ใบอนุญาตเลขที่.......................................………..  ( ) ไม่ตรงตามที่กำหนด **3. ระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง** ( ) ครบตามที่กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง  ( ) ไม่ครบ แต่จะครบกำหนดในวันที่…..............................................…… **4. ระยะเวลาขั้นต่ำในการดำรงตำแหน่งหรือเคยดำรงตำแหน่งในสายงานที่จะแต่งตั้ง** (ให้รวมถึงการดำรงตำแหน่งในสายงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือเคยปฏิบัติงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือเกื้อกูลด้วย) ( ) ตรงตามที่ ก.พ. กำหนด  ( ) ไม่ตรง  ผ่านมติคณะกรรมการประเมินบุคคลฯ ในการประชุมครั้งที่ ............... เมื่อวันที่ ....................... **5. การประเมินคุณลักษณะของบุคคล** ( ) ผ่านการประเมิน ( ) ไม่ผ่านการประเมิน เหตุผล............................................ **6. สรุปผลการตรวจสอบคุณสมบัติของบุคคล** ( ) อยู่ในหลักเกณฑ์ที่จะดำเนินการต่อไปได้  ( ) ไม่อยู่ในหลักเกณฑ์ (ระบุเหตุผล)............................................................................……………. ลงชื่อ………………………………..(ผู้ตรวจสอบ) (……………………….................) ตำแหน่ง......................................................... (หัวหน้าหน่วยงานการเจ้าหน้าที่/ ผู้รับผิดชอบงานการเจ้าหน้าที่)  วันที่.........เดือน.................พ.ศ................ |

|  |
| --- |
| **สวนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน**  |
| **1. ชื่อเรื่อง**..............ต้องตรงกับเล่มประเมินบุคคล……………………………………………………….………… **2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ**……………………………….….………- กรณีวิจัย เริ่มตั้งแต่ดำเนินการวิจัยถึงสิ้นสุดการวิจัย - กรณีศึกษา รับไว้ในความดูแลจนถึงจำหน่ายจากความดูแล (ถ้าเป็นผู้ป่วยในต้องดูแล 3 วันขึ้นไป) (หน่วยงานพิเศษให้ระบุจำนวนชั่วโมงที่ดูแล) /OPD ,รพ.สต.,ชุมชน ให้นับเป็น Visit ตังแต่เริ่มดูแล case ไม่น้อยกว่า 3 Visit **3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน** - กรณีวิจัย ให้สรุปสาระสำคัญของความรู้/เนื้อหา/ทฤษฎี รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากการทบทวน วรรณกรรม ให้มีการอ้างอิงในเนื้อหา และต้องปรากฏในบรรณานุกรมด้วย - กรณีศึกษา ให้สรุปเนื้อหาของความรู้ที่นำมาใช้ในกรณีศึกษา (ต้องมีเรื่องของการพยาบาลในโรคนั้น) จากการทบทวนวรรณกรรม ให้มีการอ้างอิงในเนื้อหา และต้องปรากฏในบรรณานุกรม ด้วย **4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน** 4.1 สรุปสาระสำคัญ (ให้เขียนรายละเอียดของผลงานวิชาการ)\*\* กรณีวิจัยเป็นผลงานวิจัยเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพที่ผู้ขอประเมินเป็นผู้ดำเนินการหลัก โดยประเภทการวิจัยอาจเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ การวิจัยเชิงทดลอง การวิจัยกึ่งทดลอง ฯลฯ ซึ่งต้องมีการแสดงให้เห็นถึงวิธีการดำเนินการวิจัย ตามระเบียบของการวิจัยประเภทนั้นๆ รวมทั้งมีการแนบเอกสารขอจริยธรรมทางการวิจัยในมนุษย์ด้วย\*\* กรณีที่เป็นวิจัยเชิงสำรวจ ขอให้นำผลการวิจัยไปจัดทำเป็นข้อเสนอแนวคิดในการพัฒนางาน หรือเสนอโครงการที่นำผลการวิจัยไปพัฒนางาน \*\*กรณีขอประเมินระดับชำนาญการพิเศษต้องเป็นกรณีศึกษาที่ยุ่งยากซับซ้อนหรือมีโรคร่วม\*\* กรณีผลงานห้องคลอดต้องผ่านกระบวนการคลอดทั้ง 3 ระยะ \*\* ข้อ 1-11 ไม่น้อยกว่า 15 หน้าและไม่เกิน 30 หน้า

|  |  |
| --- | --- |
|  ชื่อเรื่องวิจัย - บทคัดย่อ - ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา - กรอบแนวคิดการวิจัย - วัตถุประสงค์ - นิยามศัพท์ - ระเบียบวิธีวิจัย - ขอบเขตการวิจัย - ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย - ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล - การพิทักษ์สิทธิ์ (ต้องขอจริยธรรมการวิจัย) การวิเคราะห์ข้อมูล ผลการศึกษา- อภิปรายผล   | ชื่อกรณีศึกษา (สามารถเพิ่มเติมข้อมูลสำคัญอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษาได้) - ข้อมูลทั่วไป - วันที่รับเข้ารพ./วันที่รับไว้ดูแล/วันที่จำหน่ายออกจากรพ./วันที่จำหน่ายออกจากการดูแล/รวมวันที่รับไว้ในรพ./รวมวันที่รับไว้ดูแล- แหล่งที่มาของข้อมูล - อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล - ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน - ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต - ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ - ผลการตรวจพิเศษ/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ระบุค่าปกติ , มีแปลผลและการวิเคราะห์) โดยให้ระบุวันที่ตรวจด้วย - การวินิจฉัยของแพทย์ ใช้เป็น Final diagnosis - สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล |

 |
| **ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน** |
|  - สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ให้เรียงลำดับความสำคัญ , สามารถแบ่งเป็นระยะได้ เช่น ก่อนผ่าตัด ,หลังผ่าตัด) - รายละเอียดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแต่ละข้อ ประกอบด้วย  ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล, ข้อมูลสนับสนุน, วัตถุประสงค์,เกณฑ์ การ ประเมินผล, กิจกรรมการพยาบาล,การประเมินผล - สรุปกรณีศึกษา (ให้ระบุระยะเวลา และรวมวันที่ดูแล , กรณีเป็น case refer ให้ติดตามสอบถามอาการโดยสรุปด้วย) 4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ  ให้เขียนขั้นตอนของการจัดทำกรณีศึกษา /งานวิจัย4.3 เป้าหมายของงาน จัดทำกรณีศึกษา/งานวิจัยเพื่ออะไร**5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)** 5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ ระบุชื่อเรื่องกรณีศึกษา/งานวิจัย และจำนวนเรื่อง และระยะเวลาในการดำเนินการ5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ กรณีศึกษา ระบุผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย งานวิจัย สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล**6. การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ**ตามความเป็นจริง**7. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ**ให้ระบุความยุ่งยากซับซ้อนในกรณีศึกษา/งานวิจัย**8 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ**ปัญหาจากการดำเนินการกรณีศึกษาหรืองานวิจัย ตามสภาพความเป็นจริง อาจรวมถึงปัจจัยภายนอกหรือปัจจัยภายในระหว่างดำเนินการ**9. ข้อเสนอแนะ**ให้สอดคล้องกับข้อ7/ข้อ8**10. การเผยแพร่ผลงาน**รูปแบบตามก.พ.กำหนดและแนบเอกสารรับรอง เช่น ใบประกาศนียบัตร , กำหนดการประชุมและ slide การนำเสนอ ฯกรณีเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ต้องมีหนังสือรับรอง 1.เจ้าของเว็บไซต์ 2.หัวหน้าหน่วยงานรับรองตามสายบังคับบัญชา |

|  |
| --- |
| **ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)** |
| **11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี) หากผู้ขอประเมินดำเนินการเพียงผู้เดียวให้ระบุชื่อและสัดส่วน**  **ผลงาน 100% (ตรวจสอบให้ตรงกับประกาศของจังหวัด)** 1) นางสาวสุขใจ ใจดีมาก สัดส่วนผลงาน.......100%.....(ระบุร้อยละ) 2) ...............................................................................................สัดส่วนผลงาน.......................(ระบุร้อยละ) 3) ...............................................................................................สัดส่วนผลงาน.......................(ระบุร้อยละ)ฯลฯ **ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ** (ลงชื่อ)……………………………………. (.......นางสาวสุขใจ ใจดีมาก..........) ผู้ขอประเมิน (วันที่)...9......./.....พฤษภาคม...../..2565.....  **ขอรับรองว่าสัดส่วนการดำเนินการข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ (ถ้ามี)**

|  |  |
| --- | --- |
| **รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน** | **ลงลายมือชื่อ** |
| 1. นางสาวสุขใจ ใจดีมาก |  |
| 2. ชื่อผู้ร่วมดำเนินการ (ถ้ามี)................................. |  |
| 3. ชื่อผู้ร่วมดำเนินการ (ถ้ามี)................................. |  |

 ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นความจริงทุกประการ  (ลงชื่อ).........หน.หอ/หน.กลุ่มงาน.............. (....................................................) (วันที่)............./................................/.............. (ลงชื่อ).................หน.พยาบาล.................. (....................................................) (วันที่)............./................................/.............. (ลงชื่อ).........................ผอ.......................... (....................................................) (วันที่)............./................................/..............  (ลงชื่อ)........................สสจ....................... (....................................................) (วันที่)............./................................/.............. |

|  |
| --- |
| **ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)** |
|  \*การเซ็นรับรองผลงานผู้ขอรับการประเมินที่อยู่กับกลุ่มการพยาบาล : หัวหน้าพยาบาล, ผอ. และสสจ.\* กรณี รพสต. ผ่านผอ.รพ.สต., สาธารณสุขอำเภอ  กรณี หน่วยงานที่แยกจากกลุ่มการพยาบาล ให้แยกผ่านตามสายบังคับบัญชา   |

**หมายเหตุ**

 1. กรณีส่งผลงานมากกว่า 1 เรื่อง ผู้ขอประเมินจะต้องจัดทำเอกสารในส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการ

ปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน เพื่อประกอบการพิจารณาให้ครบตามจำนวนเรื่องที่ส่งประเมิน

 /2. กรณีขอประเมิน…

 2. กรณีขอประเมินผลงานตำแหน่ง ระดับชำนาญการ ไม่ต้องส่งผลงานฉบับเต็ม (Full paper) และ ขอประเมินระดับชำนาญการพิเศษ บางสายงาน ที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนดให้ส่งเฉพาะเอกสารเผยแพร่ผลงาน โดยไม่ได้ส่งผลงานวิชาการฉบับเต็ม (Full paper) ผู้ขอประเมินจะต้องจัดทำรายละเอียดของเนื้อหาผลงานวิชาการที่จัดทำ โดยสรุปไว้ในส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ข้อ 1 – 11) ให้เนื้อหาผลงานมีความชัดเจนครบถ้วนสมบูรณ์ **ไม่น้อยกว่า 15 หน้า**

 3. คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อย 2 ระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีก 1 ระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรอง 1 ระดับได้

 **เอกสารอ้างอิง/บรรณานุกรม**

**\*\* เป็นรูปแบบเดียวกันทั้งเล่ม**

**\*\* เอกสารอ้างอิงไม่เกิน 10 ปี**

**แบบตรวจสอบเอกสารแบบประเมินผลงาน**

ชื่อ-สกุล .................................. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย ......................................... กลุ่มการพยาบาล

โรงพยาบาลตราด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง ..............................................................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ลำดับที่ | หัวข้อ | ผลการประเมิน |
| มี | ไม่มี |
|  | แบบประเมินบุคคลและผลงาน |  |  |
| 1 | ปก |  |  |
|  | สารบัญ |  |  |
|  | ข้อมูลส่วนบุคคล |  |  |
|  |  |  |  |
|  | ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา |  |  |
|  | 1. ชื่อผลงาน |  |  |
|  | 2. ระยะเวลา |  |  |
|  | 3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน |  |  |
|  | 4. สรุปสาระ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน |  |  |
|  | 5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/ คุณภาพ) |  |  |
|  | 6. การนำไปใช้ประโยชน์/ ผลกระทบ |  |  |
|  | 7. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ |  |  |
|  | 8. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ |  |  |
|  | 9. ข้อเสนอแนะ |  |  |
|  | 10. การเผยแพร่ผลงาน |  |  |
|  | 11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน |  |  |
|  |  |  |  |
| 2 | เอกสารอ้างอิง/ ภาคผนวก (ถ้ามี) |  |  |

(ลงชื่อ)... หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าหน่วยงาน.... (ลงชื่อ) ................. หัวหน้าพยาบาล.......................

 (..........................................) (……………………………)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ/ชำนาญการพิเศษ ...... ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ/เชี่ยวชาญ

 หัวหน้าหอผู้ป่วย ..........โรงพยาบาล…....... หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาล…………………....วันที่ …...เดือน ....................... พ.ศ. ......... วันที่ ........ เดือน ....................... พ.ศ. .........

เอกสารส่งคำขอประเมินผลงาน

1. ตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ ประกอบด้วย

 1.1 หนังสือนำส่งจากหน่วยงาน หรือหนังสือนำส่งจากจังหวัด (ผู้ว่าราชการจังหวัด หรือผู้รักษาราชการแทน หรือปฏิบัติหน้าที่แทน

 เป็นผู้ลงนาม กรณีส่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) จำนวน 1 ฉบับ

 1.2 สำเนาประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลฯ (คัดเลือก) จำนวน 1 ชุด

 1.3 แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล (คัดเลือก) ฉบับจริงหรือสำเนา จำนวน 1 ชุด

 1.4 แบบแสดงรายเอียดประกอบการขอประเมินผลงาน + สรุปผลการดำเนินงานที่ผ่านมา 11 หัวข้อ

 (ลายเซ็นจริง 1 ชุด และสำเนา 5 ชุด) จำนวน 6 ชุด

 1.5 ข้อเสนอแนวคิด ฯ (ลายเซ็นจริง 1 ชุด และสำเนา 5 ชุด) จำนวน 6 ชุด

 1.6 เอกสารหลักฐานมติคณะกรรมการประเมินบุคคล

 อนุมัติให้นับระยะเวลาเกื้อกูลกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง (ถ้ามี) จำนวน 1 ชุด

2. ตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ประกอบด้วย

 1.1 หนังสือนำส่งจากจังหวัด (ผู้ว่าราชการจังหวัด หรือผู้รักษาราชการแทน

 หรือปฏิบัติหน้าที่แทน เป็นผู้ลงนาม กรณีส่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

 / สำนักงานเขตสุขภาพ) จำนวน 1 ฉบับ

 1.2 สำเนาประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลฯ (คัดเลือก) จำนวน 1 ชุด

 1.3 แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล (คัดเลือก)

 ฉบับจริงหรือสำเนา จำนวน 1 ชุด

 1.4 แบบแสดงรายเอียดประกอบการขอประเมินผลงาน + สรุปผลการดำเนินงานที่ผ่านมา 11 หัวข้อ

 (ลายเซ็นจริง 1 ชุด และสำเนา 5 ชุด) จำนวน 6 ชุด

 1.5 ผลงานวิชาการ (ตามที่หลักเกณฑ์ฯ กำหนด) จำนวน 6 ชุด

 1.6 ข้อเสนอแนวคิด ฯ (ลายเซ็นจริง 1 ชุด และสำเนา 5 ชุด) จำนวน 6 ชุด

 1.7 เอกสารหลักฐานประกอบการเผยแพร่ผลงานวิชาการ จำนวน 6 ชุด

 1.8 เอกสารหลักฐานมติคณะกรรมการคัดเลือกฯ ของจังหวัด/มติ อ.ก.พ.สป.

 อนุมัติให้นับระยะเวลาเกื้อกูลกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง (ถ้ามี) จำนวน 1 ชุด

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*